

FICHE DE SUIVI : DEPISTAGE COVID19



Tous ces renseignements sont indispensables pour la transmission des résultats au SIDEP

NOM : NOM DE NAISSANCE :
PRENOM : DATE DE NAISSANCE : SEXE : F M
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
MAIL (en majuscules) : @
PORTABLE (indispensable) :
RESULTATS PATIENT : MAIL SERVEUR de résultats POSTE (non recommandé)
Résultats PRELEVEUR (serveur de résultats) OUI NON
N° SECURITE SOCIALE* : (*Pour l'enfant, n° d'assuré de la personne qui le couvre)
Caisse : CPAM MSA AUTRE
IDENTITE du PRELEVEUR :
DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT : / / à H

CONTEXTE

Le professionnel de santé responsable du prélèvement s'engage à vérifier la fiabilité des renseignements

- PATIENT MINEUR
- ORDONNANCE (<48H ou mentionnant la date prévue du soin, valable dans les 72h précédentes)
- VACCINATION : 1 DOSE 2 DOSES 3 DOSES date dernière injection :
- CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION : fournir IMPERATIVEMENT le certificat avec le prélèvement
- TEST ANTIGENIQUE POSITIF DE MOINS DE 48H : fournir IMPERATIVEMENT le justificatif avec le prélèvement
- ANTECEDENT D'INFECTION COVID (test PCR positif de moins de 6 mois)
- CAS CONTACT (notifié par CPAM/Tous AntiCovid/Education Nationale) : fournir les justificatifs
- Si aucune case n'est cochée, l'examen sera facturé 32 € non remboursable par l'Assurance Maladie.
- Bon pour accord HN OUI NON
Merci de préparer le règlement

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TYPE D'HEBERGEMENT : Individuel EHPAD Collectif autre

PROFESSIONNEL DE SANTE OU MEDICO-SOCIAL : NON OUI

SYMPTOMES : NON OUI

Merci de préciser la date/période d'apparition des symptômes avant le prélèvement

<24h 2, 3 ou 4 jours 5, 6 ou 7 jours Entre 8 et 14 jours Plus de 2 semaines

PAYS DE RESIDENCE : FRANCE AUTRE PRECISER :

RETOUR D'UN PAYS ETRANGER : NON OUI LEQUEL : DATE DE RETOUR :

Cette fiche doit être utilisée pour les prélèvements externes

MU-ENR-PVT-030-12 applicable au 29-03-2022